FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934 N° 303

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MONFLIER

Né le 19 Avril 1908, à Gamaches (Somme)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU Volvulus du Grand Epiploon

Président : M. LENORMAND, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1934 N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean MONFLIER

Né le 19 Avril 1908, à Gamaches (Somme)

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU Volvulus du Grand Epiploon

Président : M. LENORMAND, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MEDICALE MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine

1934

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	ACHARD.
»	BEZANÇON.
»	CARNOT.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

II. — Agrégés en Exercice

MM.	
ALAJOUANINE	Neurol. et Psychiâtrie.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Patholog. chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER	Patholog. chirurgicale.
de Gaudart d'Allaines	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
Mlle J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologiq.
PETIT-DUTAILLIS	Patholog. chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Patholog. chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Patholog. chirurgicale.
SÉZARY	Dermatol. et syphiligr.
TROISIER	Pathol. expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés a l'Exercice
pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
LEROUX	Anatomie pathologiq.
LEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe
a titre permanent

MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.
AUBERTIN	Clinique médicale.
BRULÉ	Clinique médicale.
CHIRAY	Clinique médicale.
DUVOIR	Clinique médicale.
HARVIER	Clinique médicale.
LIAN	Clinique médicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.
CADENAT	Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.
MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
MOURE	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
GUÉNIOT	Clinique obstétricale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
METZGER	Clinique obstétricale.

V. — Chargés de Cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LENORMAND

Professeur de Clinique Chirurgicale

Qu'il trouve ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

HISTORIQUE

La torsion de l'épiploon est une affection de date relativement récente dans le cadre nosographique des drames aigus de l'abdomen.

La plus ancienne observation nous paraît être celle de de Marchettis, publiée en 1858 dans le Recueil d'observations rares de Chirurgie et de Médecine.

La question fut ensuite étudiée par Oberst en 1882, au Congrès de Chirurgie de Pau.

En 1900, une observation de Demons à la Société de Chirurgie de Paris suscite une discussion assez importante et certains symptômes de cette affection sont précisés.

A la même époque, Vignard et Giraudeau de Nantes, publient une étude documentée de la torsion épiploïque, en apportant 20 observations.

En 1904, Mauclaire dans la Revue de Chirurgie et de Gynécologie abdominale publie une étude histologique minutieuse de la tumeur épiploïque tordue.

En 1907, paraissent les beaux travaux de Lejars (Semaine Médicale, 13 février 1907) et ceux de Lapeyre de Tours (Archives Provinciales de Chirurgie, juin 1907).

Depuis, de nombreuses observations ont été publiées : celles de Broca, de Riedel, de Tuffier, de Walter, de Morestin, de Lefebvre, en enfin, celles toutes récentes de Reny, de Calvet, de Redon et Miallaret.

Plusieurs thèses furent inspirées par M. le Professeur Agrégé A. Basset qui fit plusieurs rapports à la Société de Chirurgie sur la question si complexe de l'omento volvulus.

La torsion de l'épiploon ou omento volvulus, ne mérite pas de définition, le titre en effet suffit à la définir.

Nous ajouterons seulement avec M. Lejars « qu'elle ne mérite pas son renom d'accident exceptionnel ; qu'elle a ses signes bien à elle, son évolution bien personnelle et qu'elle doit tenir place en clinique, à côté des autres torsions abdominales, aujourd'hui classiques ».

ETIOLOGIE

La torsion de l'épiploon survient électivement chez les sujets adultes entre 25 et 45 ans, mais on peut l'observer également à tous les âges, aussi bien chez l'enfant que chez le vieillard. Une observation de Broca concerne un enfant de 4 ans et demi ; celle de Wiener un vieillard de 79 ans.

L'homme serait plus souvent atteint que la femme ; et dans les 3/4 des cas, il s'agit d'hommes d'âge moyen.

C'est un accident moins rare qu'on ne le supposait autrefois. Desmier, dans sa thèse de 1927, relève de 1858 à 1913 le chiffre de 100 observations.

Aimes, en 1926, collige dans son livre sur la chirurgie de l'épiploon, 122 observations de volvulus.

Les causes prédisposantes sont fréquentes et induscutables : la grossesse a été relevée dans trois observations, mais, on doit retenir au premier chef l'épiploïte aiguë ou chronique, l'inflammation de l'épiploon réalisant des cordes scléreuses « des vagues d'assaut » qui rompent l'équilibre du tablier épiploïque. Certains auteurs, insistent sur une cause anatomique prédisposante qu'ils croient importante : à savoir la passivité de l'épiploon qui est flasque et sa tendance à l'enroulement.

L'existence d'une hernie inguinale droite est très fréquemment associée à la torsion épiploïque. L'épiplocèle adhère au sac, s'infecte, et deux conditions du volvulus sont réalisées : l'adhérence qui est le pivot de la torsion d'une part, et l'épiploïte ascendante d'autre part qui rompt l'équilibre du tablier péritonéal. La hernie droite serait associée dans 80 % des cas au volvulus de l'épiploon.

Enfin, point n'est besoin d'insister sur l'existence relativement fréquente de tumeurs abdominales associées à la lésion qui nous occupe : kyste de l'ovaire, fibrome, annexite volumineuse.

On note dans quelques observations l'existence de tumeurs épiploïques, kyste hydatique ou kyste séreux — dans les observations de Broca et de Tuffier, — sarcome dans les observations de Chiarleoni.

Quant aux causes occasionnelles qui intervien-

nent dans la formation des volvulus, ce peuvent être : des traumatismes variables — le malade de Lapeyre soulevait un fardeau quand il est pris d'une douleur abdominale aiguë en coup de poignard, le malade de Thévenard faisait une course à bicyclette. On a incriminé également les traumatismes petits et répétés, créés par les bandages herniaires. Lejars insiste sur les tentatives de taxis dans les hernies inguinales irréductibles, qui seraient parfois l'origine du volvulus. Enfin, Morestin et Buffalini incriminent les purgations, à cause des mouvements péristaltiques qu'elles déterminent.

CLASSIFICATION

L'omento volvulus est la torsion de l'épiploon en totalité, autour de deux points fixes : son insertion colique et une adhérence par exemple. Mais, il existe des volvulus purs de l'épiploon qui se passent de toute adhérence, d'où de nombreuses classifications qu'ont tenté d'établir les auteurs.

Payr distingue des torsions sans hernie et des torsions avec hernie. Parmi les torsions sans hernie, il considère la torsion de l'épiploon seule ou de l'épiploon autour d'un viscère adhérent.

Corner et *Pinche* distinguent les torsions purement abdominales sans hernie, les torsions purement herniaires, les torsions purement abdominales compliquant une hernie.

Péribère dans sa thèse de 1928 établit une classification complexe que nous résumons ici :

I. *Torsions libres de l'épiploon ou omento volvulus.*

a) Volvulus pur (torsion libre de l'épiploon sain on en apparence sain).

Cliniquement : formes aiguës, frustes, à répétition.

Anatomiquement : volvulus partiel, total.

b) Volvulus secondaire :

à une épiploïte, à une tumeur solide de l'épiploon, à un kyste séreux ou hémorragique, à un kyste hydatique.

II. — *Torsions adhérentes de l'épiploon.*

I. Torsion hernio-abdominale.

2. Torsions abdominales — avec adhérences à point fixe sur tumeur ou organe mobile ; torsions libérées, primitivement adhérentes.

Nous pensons qu'il vaut mieux adopter une classification plus simple que celle-ci et distinguer deux grandes catégories de volvulus épiploïques.

1° *L'omento volvulus* pur, en apparence primitif ; sans tumeur, sans adhérence, sans hernie.

2° *L'omento volvulus secondaire* à une épiploïte, à une hernie avec ou sans épiplocèle. Cette catégorie répond à des formes cliniques et anatomiques nombreuses.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

A l'ouverture de l'abdomen, il existe en plus ou moins grande abondance un peu de sérosité hématique intra-péritonéale. C'est là d'ailleurs un fait banal et observé dans la plupart des torsions d'organes : kyste de l'ovaire, torsion des annexes, etc... Dans les cas opérés tardivement, ce liquide hématique est en plus grande quantité, atteignant parfois plusieurs litres.

Il y a lieu de considérer l'importance ou le degré de la torsion. L'importance de la torsion est variable ; parfois, on observe deux tours de spire ; certains auteurs signalent jusqu'à 5 ou 6 tours de spire. Il est bien évident que la gangrène sera d'autant plus rapide que la striction sera plus prononcée et les vaisseaux plus comprimés.

Quant au degré de la torsion, il peut comprendre soit tout le tablier épiploïque, soit un des tabliers : torsion d'un épiploon accessoire inséré près de l'angle colique droit.

Le siège de la torsion peut être variable et celle-ci peut être rencontrée depuis l'insertion colique jusqu'à la partie intra sacculaire, quand il y a hernie. Mais, en règle, elle se fait près du colon transverse.

Le pédicule peut être mince, large (deux travers de doigt), court et trapu ou, au contraire, long de plusieurs centimètres.

La masse tordue peut atteindre les dimensions d'une main, jusqu'à celles de deux poings. L'épiploon sous jacent à la torsion a les dimensions suivantes : deux poings dans une observation de Lejars, 600 grammes dans celle de Lucas Championnière, 1 kg. dans celle de Baracz.

L'aspect de cette tumeur est celui d'une masse œdématiée et enflammée, épaisse, compacte, infiltrée de sang (Lejars), parcourue par de grosses veines turgescentes, considérablement dilatées qui font saillie. Quelques-unes de ces veines sont thrombosées et semblent l'origine des larges plaques de gangrène que l'on peut rencontrer.

En outre de ces lésions congestives et sphacéliques, on note souvent des lésions d'épiploïte chronique : brides fibreuses blanchâtres, de volume et de longueur variables s'entrecroisant en tous sens, comparables à des lanières dures ou lardacées, formant aux points de croisement des nœuds de rétraction, ou bien encore des lésions d'épiploïte fibrograisseuse.

Les tissus sont cartonnés, friables, infiltrés par l'œdème et le sang extravasé.

Schématiquement, on peut considérer :

a) les volvulus opérés dans les deux premiers

jours : il y a peu de liquide réactionnel, la masse tordue est un peu infiltrée, couleur lie de vin.

b) les volvulus opérés dans les trois ou quatre jours ; l'épanchement séro-hémorragique est très abondant, la masse tordue est devenue noirâtre, très friable, de consistance cartonnée ; des adhérences légères se sont établies.

L'évolution anatomique est la suivante :

Si l'on n'opère pas, la masse tordue, privée de sang, devient un vrai corps étranger, l'exsudat épiploïque, favorisent une infection péritonéale généralisée et cette péritonite purulente entraîne souvent la mort (cas de Demons, observation de Moresco, de Syme).

Enfin, il y a, par le fait des étranglements veineux, possibilité d'une certaine phlébite épiploïque qui est peut être la cause des hématémèses signalées dans certaines observations de torsions herniaires.

Dans les bons cas, il se développe autour du volvulus des phénomènes de péritonite plastique. Cette péritonite plastique peut être transitoire ou engendrer des troubles divers. La frange tordue disparaît peu à peu ou subsiste après avoir repris un état de vie ralentie, vascularisée simplement par les adhérences qu'elle contracte avec les organes voisins, péritoine intestinal, génital ou pariétal. Ce sont ces paquets d'épiploon, reliquat d'anciens volvulus qui ont été trouvés par certains auteurs et

pris pour des volvulus secondaires à l'épiploïte, alors qu'il s'agissait d'épiploïte par volvulus aigu ou subaigu répétés.

Enfin, on a pu voir de petites franges épiploïques tordues lentement disparaître peu à peu par sphacèle aseptique ou bien s'amputer et devenir libres dans le péritoine : véritables greffes épiploïques libres.

Lorsqu'il existe simultanément un volvulus épiploïque et une hernie inguinale (80 % des cas), on peut observer des lésions d'épiploïte ancienne, des adhérences avec le fond du sac et, surtout. on doit signaler qu'on peut trouver, sous jacente à la torsion, deux masses épiploïques : l'une intra-herniaire, l'autre intra-abdominale ; c'est là une notion d'un intérêt capital. Le chirurgien dans ces cas ne doit pas s'arrêter à l'incision inguinale et à la résection de l'épiploon intra-herniaire, il doit agrandir son incision, la transformer en hernio-laparotomie et vérifier l'épiploon intra-abdominal.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

L'examen histologique manque dans la plupart des observations, mais il est de règle de rencontrer dans les examens qui ont été faits :

— une infiltration hématique et leucocytaire ;

— souvent des thromboses veineuses ;

— parfois de la nécrose.

Cornil pour la malade de Péraire donne l'examen histologique suivant : « lésions inflammatoires de la trame épiploïque ayant débuté par une infiltration péri-vasculaire ; des cellules embryonnaires : lymphocytes, cellules conjonctives jeunes, mononucléaires pour la plupart ayant gagné de proche en proche les parties voisines ; de plus quelques vaisseaux paraissent oblitérés ».

Chez le malade de Mauclaire opéré plus tôt, on ne trouve ni thrombose, ni hémorragie capillaire, mais le tissu conjonctif qui entoure les vaisseaux et sépare les lobules est épaissi.

Buffalini donne l'examen histologique suivant : « dilatation veineuse, œdème de stase ».

Dans l'observation de Papin, l'épiploon est infiltré de leucocytes œdématiés ; il y a une légère réaction scléreuse et certains vaisseaux sont thrombosés.

PATHOGÉNIE

Nombreuses sont les théories qui ont été développées pour interpréter le mécanisme des torsions épiploïques. Citons les théories de Heitz et Bender, de Vignard, de Bazy, de Lapeyre ; toutes reconnaissent le rôle primordial de l'épiploïte chronique.

Bazy, insiste sur le péristaltisme intestinal exagéré par les purgations ; c'est aussi l'avis de Morestin et de Buffalini.

Jaboulay pense que l'épiploon animé de mouvements incessants a une tendance constante à l'enroulement.

Heitz et *Bender* insistent sur le rôle de l'épiploïte chronique.

Payr accorde un rôle essentiel aux phénomènes de stase veineuse épiploïque. Il base son opinion sur une expérimentation précise et intéressante : de petites boules de magnésium placées dans l'épiploon d'un animal, en dégageant de l'hydrogène amènent la formation de petites tumeurs dont le développement inégal provoque dans la suite un déplacement du centre de gravité et partant une torsion. Un pneumatique attaché à une forte ficelle et dans lequel on verse progressivement de l'eau, s'allonge,

se courbe et se tord en tournant autour de la ficelle. Si un pneumatique plus résistant remplace la ficelle, le pneu plus élastique se tord autour de l'autre. « Les conditions seraient identiques dans l'épiploon lorsqu'une stase se produit. Artères résistantes, veines plus élastiques sont intimement unies. Au cours de la stase, les veines dilatées plus longues et plus sinueuses, s'enroulent autour des artères comme le pneu autour de la ficelle ». Enfin, 4 fois sur 8, Payr a obtenu une torsion épiploïque de la manière suivante : il lie partiellement l'épiploon en plaçant un rein dans l'extrémité inférieure cousue. La stase est obtenue par quelques ligatures veineuses.

En résumé pour cet auteur, deux éléments agissent : la stase et la tumeur.

Pour *Lejars* interviennent surtout les adhérences au sac herniaire, les noyaux tumoraux d'épiploïte chronique, le taxis, les mouvements de va et vient de l'épiploon : « Quand l'épiploon adhère au fond du sac herniaire, il est tendu entre deux points fixes, son implantation colique d'une part, son adhérence sacculaire de l'autre ; et, comme pour un mouchoir triangulaire, fixé par ses deux angles, son angle libre peut tourner circulairement autour de cet axe vertical.

Sans insister sur les détails de ce mécanisme nous rappellerons que ce volvulus entre deux points fixes explique la présence des doubles torsions, l'une supérieure, paracolique, l'autre inférieure intra-sacculaire et de sens inverse ».

Lapeyre insiste sur l'épiploïte chronique qui augmente le poids et modifie la forme du tablier épiploïque, crée des cordes scléreuses prêtes à s'enrouler. L'épiploïte chronique est constante et s'explique facilement dans la hernie. Dans les torsions pures, intra-abdominales, l'épiploïte sans discussion a le rôle majeur. Parfois, il s'agit d'une propagation infectieuse d'une appendicite ou d'une annexite ; parfois, toute infection d'un viscère voisin paraît manquer et il s'agirait d'un processus identique à celui de la mésentérite rétractile.

Au total, on doit retenir essentiellement l'épiploïte chronique :

Le fait capital est la transformation scléreuse de l'épiploon, son étirement qui entraîne la formation de cordelettes scléreuses, toutes prêtes à se tordre les unes sur les autres.

A cette sclérose s'ajoute le déséquilibre de la masse épiploïque par suite de l'inflammation. Ainsi sont créées des tumeurs lourdes déclives. L'équilibre instable est rompu sous l'influence d'un incident quelconque : péristaltisme, traumatisme ou effort.

En outre, un troisième facteur fréquent est la fixation de l'extrémité inférieure de l'épiploon en un point : sac herniaire, foyer d'appendicite, foyer d'inflammation autour d'une tumeur pelvienne.

SYMPTOMATOLOGIE

Les symptômes du volvulus de l'épiploon sont extrèmement trompeurs. Peu de symptômes appartiennent en propre à l'omento volvulus, à tel point que Lapeyre dans son mémoire décrit une forme herniaire et une forme appendiculaire de la torsion épiploïque.

Il est évidemment difficile de décrire des symptômes propres à la torsion de l'épiploon et nous prendrons pour type de description la forme herniaire avec épiploïte irréductible.

Le début est insidieux. Il s'agit d'un malade porteur d'une hernie inguinale droite depuis des années. Il a présenté une série de poussées inflammatoires au niveau de sa hernie qui est devenue progressivement irréductible. L'épiplocèle irréductible ainsi constituée a parfois subi de la part des médecins consultés des tentatives de taxis qui sont restées infructueuses. En résumé, il s'agit de hernie épiploïque volumineuse, devenue irréductible parce que l'épiploon a contracté des adhérences avec le sac.

La phase d'épiploïte subaiguë à point de départ herniaire a une durée variable ; parfois ce sont des mois, des années.

La période d'état est marquée par des phénomènes tantôt aigus, tantôt subaigus.

La forme subaiguë est soulignée par des phénomènes qui ne sont que l'aggravation du stade d'épiploïte. Les malades, d'après les observations examinées par nous, présentent des douleurs abdominales évoluant par crises, paroxystiques, à type de coliques. On peut observer des nausées et des vomissements, mais cela est plutôt rare et ils manquent dans la règle. Il y a arrêt des matières, mais il n'y a pas arrêt des gaz ; cela rappelle à plus d'un titre le tableau classique de l'engouement herniaire. L'état général est bon.

La forme aiguë est caractérisée par des douleurs abdominales intenses, avec coliques paroxystiques, état général grave, anxiété, tendance syncopale, faciès altéré, pouls très rapide et petit ; là encore les vomissements manquent en général.

L'examen physique, qu'il s'agisse d'une forme aiguë ou subaiguë, révèle l'existence d'une hernie inguinale droite, irréductible, tendue et douloureuse, mate à la percussion, grenue au palper et le diagnostic porté est dans ces conditions celui de hernie étranglée.

Mais parfois à ce tableau de hernie étranglée se surajoutent des signes abdominaux inhabituels dans l'étranglement herniaire : ballonnement léger, submatité discrète dans les flancs, parfois même, certains auteurs, ont perçu une anse abdominale longitudinale, rappelant la corde épiploïque.

En présence d'un tel tableau, l'indication opératoire est impérieuse et la résection de l'épiploon pratiquée par hernio-laparotomie amène la cédation des accidents et la guérison.

Si l'on n'opère pas, les phénomènes de subocclusion s'aggravent. L'abdomen se météorise et devient douloureux ; il se constitue un épanchement péritonéal abondant, séro-hématique ou purulent ; la mort peut survenir par complication ou par cachexie après une série d'accalmies et de rechutes aggravant l'état général.

Les complications sont de règle. Sans parler du sphacèle épiploïque qui est habituel, on peut voir des hémorragies gastro-intestinales (trois furent mortelles — cas de Elsberg, Maresco, Perier).

L'ileus paralytique est très fréquent et peut déterminer la mort, mais à côté de cet ileus paralytique, il existe des ileus mécaniques par coudure ou torsion du colon transverse entraîné par le volvulus épiploïque.

Enfin, signalons les péritonites subaiguës, sou-

vent mortelles si l'opération n'est pas pratiquée à temps.

Quant aux complications intercurrentes observées au cours de l'évolution spontanée de ces torsions, ce sont : l'infarctus pulmonaire, la bronchopneumonie, la défaillance cardiaque ou rénale.

FORMES CLINIQUES

Les formes cliniques sont nombreuses, mais de toutes la plus importante est la forme pseudo-appendiculaire.

1° *Forme pseudo-appendiculaire.* — Elle répond anatomiquement à la torsion intra-abdominale pure et a fait la matière de la thèse de Lecuit.

Le mode de début est brusque ; quelquefois brutal, en coup de poignard abdominal.

Que la douleur, premier symptôme, soit plus ou moins brutal, il est rare qu'il y ait des antécédents abdominaux nets.

La douleur quelquefois assez vive, d'autres fois excruciante, est souvent au début généralisée à tout l'abdomen, avec maximum épigastrique (observations de Polosson, Comte de Noble, de Cullen) ; puis, elle se localise à droite, soit dans l'hypocondre droit, sous le rebord costal, soit à droite de l'ombilic, soit enfin et surtout dans la fosse iliaque droite.

On note assez souvent au début un état nauséeux, mais il est rare qu'il persiste et seules quelques rares observations signalent des vomissements.

L'arrêt des matières et des gaz est parfois noté, mais il ne s'agit là que d'un peu de parésie intestinale analogue à celle que l'on note et que l'on rencontre dans tous les états douloureux mécaniques de l'abdomen.

L'état général n'est pas inquiétant ; le faciès est un peu angoissé, le pouls est accéléré ; il n'y a pas de température en général.

A l'examen, on trouve parfois du météorisme, d'autres fois, une certaine défense musculaire.

Dans quelques cas, on peut noter un signe objectif capital de la torsion, à savoir une tuméfaction intra-abdominale plus ou moins volumineuse. Cette tuméfaction a rarement les contours nets, précis, limités d'une tumeur vraie. Elle est en général plus limitable et plus mobile qu'un plastron qu'elle simule parfois. On la limite plus aisément en haut et en dedans qu'en bas et en dehors. On la perçoit plus facilement sous anesthésie.

A la percussion, on trouve une submatité dans les flancs.

L'erreur avec l'appendicite est fréquente ; cependant, Mondor a étudié les signes et les nuances cliniques qui distinguent le tableau de l'omento volvulus intra-abdominal et celui de l'appendicite avec lequel il est le plus habituellement confondu.

Dans la torsion, la douleur est vive, survenant par crises et non continuellement lancinante, les vomissements sont rares ou absents, la contracture est souvent peu résistante et cède à un palper pro-

longé ; il n'y a ni hyperesthésie cutanée, ni douleur exquise en un point fixe ; enfin et surtout, les caractères de la tuméfaction ne cadrent pas avec les autres éléments du tableau clinique.

Certes, si tous les caractères particuliers sont réunis, on peut penser à la torsion épiploïque. Mais tant de signes différentiels sont-ils constatés souvent chez un même sujet ? Une pareille éventualité est certainement fort rare à en juger par la fréquence des erreurs de diagnostic. Le plus souvent, on pense à un plastron inflammatoire péri appendiculaire avec distension abdominale par paralysie intestinale réflexe (Mondor).

2° *Forme pseudo-occlusive.* — C'est l'iléus paralytique qui domine avec ballonnement accentué, vomissements, arrêt des matières et des gaz. Cette forme est beaucoup plus rare que la précédente.

3° *Forme latente.* — La torsion épiploïque est une découverte au cours d'une opération et c'est en fouillant les antécédents du malade que l'on peut arriver à retrouver certains signes certainement en rapport avec des crises subaiguës de torsion, passées inaperçues.

Dans ces formes, on observe parfois des phénomènes généraux d'intoxication par résorption des produits venant de la masse épiploïque en voie de nécrose.

DIAGNOSTIC

Dans un rapport fait à la Société de Chirurgie de Paris, le 31 janvier 1923 sur une observation de Lefebvre, qui avait fait le diagnostic d'appendicite aiguë, alors qu'il s'agissait d'une torsion épiploïque, M. Descomps a écrit : « si on voulait trouver dans les observations des données de séméiologie permettant de porter le diagnostic cliniquement précis, indiscutable, de torsion épiploïque, mieux vaudrait dire tout de suite qu'il est plus simple d'y renoncer ; une imprécision avérée, répondant à la réalité, vaut mieux qu'une fausse précision. Dans la torsion épiploïque, comme dans beaucoup de circonstances où on l'observe, le syndrome dit abdomino-péritonéal constitue tout le tableau clinique ; les signes de localisation ou bien restent au second plan, ou bien sont trompeurs, ou bien font défaut ».

C'est dire combien le diagnostic d'omento volvulus apparaît difficile et cette opinion de Descomps est partagée par MM. Lejars, Lapeyre, Simon et Stulz, Reny.

On est amené à discuter l'étranglement herniaire, l'appendicite aiguë. On peut assister à une véritable crise, simulant en tout point une crise

d'appendicite : le malade souffre dans le côté droit du ventre, la douleur est aiguë, lancinante ; il peut y avoir des vomissements bilieux ou alimentaires ; la constipation est absolue ; la température peut atteindre 39°, avec un pouls rapide et un faciès péritonéal.

Localement, on constate l'existence d'une défense musculaire à droite.

Comment, dans ces conditions, ne pas porter le diagnostic d'appendicite aiguë ?

On peut encore discuter dans les torsions intra-abdominales pures les tumeurs inflammatoires d'un cæcum stasique, les poussées de typhlite droite, le volvulus cæcal.

Quant aux autres torsions d'organes, torsion de kyste ovarique, torsion des annexes saines, torsion d'un fibrome, elles peuvent simuler l'omento volvulus.

Cependant, malgré l'opinion de Descomps, le diagnostic de torsion intra-abdominale de l'épiploon peut être fait et vérifié. En 1932, John Morris a réuni 138 cas d'omento-volvulus ; 82 fois l'erreur commune avec l'appendicite a été commise ; dans 45 cas, un diagnostic autre que celui d'appendicite, mais tout aussi inexact, a été porté, ou bien le diagnostic n'a pas été précisé ; mais dans 11 cas, le diagnostic exact a été fait. Au total, 8 % à peine d'exactitude.

PRONOSTIC

Le pronostic est sérieux. Mac Worter, sur 44 cas de torsions, trouve 6 décès, soit une mortalité de 14 %.

Parmi les cas que nous avons réunis, la mortalité semble plus faible, puisque nous n'avons que trois décès sur 38 observations. Il est vrai que tous ces cas ont été opérés, la plupart d'une façon précoce.

Laissée à elle-même, la torsion épiploïque peut subir deux évolutions : soit nécrose aseptique, soit gangrène et infection péritonéale aiguë. L'infection péritonéale est l'aboutissant presque fatal de la torsion épiploïque abandonnée à elle-même.

Mondor signale la rupture du pédicule, l'amputation épiploïque, dont 12 cas ont été publiés avec plusieurs décès (Wirchow et Rule).

TRAITEMENT

Si le diagnostic du volvulus épiploïque est difficile, le traitement ne présente pas de difficultés particulières. Il est évidemment uniquement chirurgical.

L'incision varie suivant le diagnostic posé :

a) dans le cas où le diagnostic d'étranglement herniaire a été porté, l'incision inguinale doit être agrandie vers le haut et transformée en hernio-laparotomie.

b) dans les cas où le diagnostic d'appendicite a été fait, l'incision iliaque droite, qu'il s'agisse d'une incision de Mac Burney ou de Jalaguier, peut suffire lorsqu'elle est agrandie suffisamment ; mais, s'il existe des adhérences, si l'épiploon vient mal, il ne faut pas hésiter à refermer l'incision iliaque droite et à pratiquer une laparotomie médiane, qui expose mieux les lésions épiploïques, évite les tiraillements, permet une hémostase plus soignée.

La résection de l'épiploon doit être pratiquée en plusieurs pédicules et en zone saine. Il faudra procéder à la ligature en chaîne et éviter de faire de trop gros moignons. On pourra ioder la tranche épiploïque parce que l'épiploon est souvent sep-

tique dans ces cas de volvulus. Il convient d'assécher minutieusement le péritoine, de le laver soit à l'éther, soit au sérum chaud, car l'épanchement peut être septique.

La conduite à tenir vis-à-vis de l'appendice est variable : si l'incision primitive a été iliaque droite, il vaut mieux pratiquer l'appendicectomie, d'autant que certains auteurs pensent que l'épiploïte antérieure au volvulus est souvent due à une infection de propagation d'origine appendiculaire.

Le drainage en principe doit être proscrit si le malade est opéré tôt, si l'épanchement péritonéal n'apparaît pas purulent, s'il n'existe pas de fausses membranes. Si, au contraire, l'opération est tardive, si l'épanchement péritonéal paraît en voie d'infection, ou nettement infecté, mieux vaut drainer.

OBSERVATION I

Reny (de Saint-Dizier). Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. tome LIX, N° 25, juillet 1933, 1115).

Femme de 36 ans, constipée chronique, prise le 14 décembre 1932 de violentes coliques abdominales, nausées.

Examen : Douleurs dans la fosse iliaque droite; température 38°. Météorisme abdominal important. Une légère contracture permet de percevoir dans la fosse iliaque droite une masse qui fait penser à un plastron appendiculaire.

Diagnostic : appendicite.

Opération : Torsion du grand épiploon, formant une masse adhérente par son extrémité à un cæcum très mobile et enflammé. Le pédicule très étroit, situé à hauteur du colon transverse et le siège d'une torsion d'un tour complet, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Ligature de l'épiploon au niveau des pédicules de torsion. Résection de la masse épiploïque. Ablation de l'appendice. Fermeture de la paroi sans drainage.

Guérison.

OBSERVATION II

Calvet (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chirurgie tome LIX, N° 25, juillet 1933, p. 1119).

Homme de 40 ans, entre d'urgence à Saint-Louis avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Début assez brutal. Température 38°2. Hyperesthésie localisée avec réaction de défense dans la fosse iliaque droite.

Opération : Incision de Jalaguier. Appendice normal ; un peu de liquide trouble dans le ventre. On perçoit en explorant complètement au niveau de l'hypocondre droit une masse dure, qui apparaît comme un fragment épiploïque, mais plus épais que le reste de l'épiploon, appendu à celui-ci par un pédicule très serré, montrant une torsion des plus évidentes, de trois tours de spire.

Ablation pratiquée par une série de ligatures au niveau de l'épiploon sain.

Paroi en un plan avec une mèche de drainage.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION III

Bloch René (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. tome LIX, N° 25, Juillet 1933, p. 1120).

Homme de 40 ans, pris douze heures avant

d'une crise abdominale aiguë avec douleurs violentes et température à 40°.

Opération : Epiploon noir, tordu sur lui-même au niveau d'un très petit pédicule. Un peu de liquide sale dans le péritoine.

Guérison.

OBSERVATION IV

René Bloch (Soc. Nat. de Chir. de Paris, tome LIX, N° 25, p. 1120).

Femme de 40 ans, semblant présenter une crise typique d'appendicite de moyenne intensité. Température à 38°, 38°5.

Opération : Torsion totale de l'épiploon, noir et gangréné, sans liquide péritonéal. Guérison.

OBSERVATION V

Guibal (de Nancy). (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, tome LIX, N° 28, p. 1254).

Homme de 62 ans. Température à 38° ; nausées sans vomissements ; douleurs vives dans la fosse iliaque droite, se prolongeant dans l'hypocondre droit. Météorisme abdominal et léger empatement du flanc droit.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Intervention : Incision iliaque. Sérosité rosée. Appendice sain. Appendicectomie. Epiploon congestionné. Placard épiploïque noirâtre de cinq cm. de long sur un cm. d'épaisseur. Pas de pédicule vrai ; la partie supérieure de la masse s'effile comme si elle avait subi une amputation spontanée par torsion. Guérison.

OBSERVATION VI

(Thèse de Péribère, Paris 1928)

Dub... E., 29 ans, livreur, et amené à l'hôpital pour des accidents abdominaux dont le début remonte à 4 jours.

A cette date, le malade a ressenti à la suite d'un effort une douleur lombaire ; puis s'est établi un état de malaise, avec nausées, anorexie, constipation, céphalée.

La veille de son admission, le malade a pris une purge et a présenté ensuite une douleur brusque dans la fosse iliaque droite.

A l'examen, le malade souffre peu et a quelques nausées.

A la palpation, on trouve une défense pariétale au niveau de la fosse iliaque droite et cette palpation réveille une douleur nette.

Le pouls est à 100 ; la température à 37°8.

Le malade raconte avoir présenté une crise douloureuse analogue il y a douze ans.

Le diagnostic posé est celui de : crise d'appendicite aiguë avec menace de perforation.

Opération. Anesthésie à l'éther.

Incision de Mac Burney. On trouve une masse épiploïque noirâtre qui est attirée à l'extérieur et qui vient librement : le grand épiploon est tordu sur une étendue de 8 cm. sur 8cm. La torsion est de deux tours de pire, dans le sens des aiguilles d'une montre.

Ablation large de l'épiploon tordu (au ras de l'angle colique droit).

Appendicectomie d'un appendice filiforme, fibreux, pas enflammé, qui est trouvé adhérent sous le cæcum ; ganglion dans le méso.

Fermeture de la paroi en trois plans.

Suites opératoires simples : le malade sort au 10e jour.

OBSERVATION VII

Lefebvre (Soc. de Chirurgie de Paris, janvier 1923. Rapporteur : Prof. Descomp).

Vincent R..., 55 ans, maréchal-ferrant, entre à l'hôpital pour douleur abdominale droite violente et brusque dont le début remonte à deux jours.

A l'examen : ballonnement modéré du ventre ; douleur à la palpation du flanc droit, avec notable résistance. La douleur est localisée un peu au-dessus du point de Mc.Burney. Toucher rectal négatif.

Le malade présente quelques nausées avec vomissements.

Le pouls est à 130. La température à 39°4.

On pose le diagnostic appendicite aiguë et on décide l'opération.

Opération : rachianesthésie à la novocaïne.

Laparotomie latérale droite. Pas de liquide dans l'abdomen. Le cæcum et l'appendice sont libres et non congestionnés.

Au devant du colon ascendant à droite, puis vers la ligne médiane, on trouve une masse noirâtre, très légèrement adhérente à l'intestin, de consistance cartonnée et très friable : c'est l'épiploon. Celui-ci est tordu trois fois autour de son attache colique ; la torsion s'est faite dans le sens des aiguilles d'une montre.

Résection du segment nécrosé sous une ligature.

Appendicectomie complémentaire.

Mort au 6e jour par broncho-pneumonie.

OBSERVATION VIII

(R. Kohler. Wien. Kl. Woch. 1917)

Il s'agit d'une femme de 27 ans, présentant depuis deux jours des douleurs violentes dans la fosse iliaque droite.

Le diagnostic posé fut celui d'appendicite aiguë.

A l'opération, on trouve du liquide séro-hémorragique dans le ventre et une torsion libre d'une partie de l'épiploon.

On pratique l'ablation de cet épiploon.

Suites opératoires simples : guérison.

OBSERVATION IX

(Smythe. Surg. Gyn. Obst., oct. 1906)

Homme de 30 ans, porteur d'une hernie réduite depuis 10 ans.

Depuis deux ans, a présenté deux crises douloureuses abdominales légères, qualifiées d'appendicite.

La veille de son admission, le malade a été réveillé par des douleurs extrêmement violentes, localisées dans la partie basse de l'abdomen, surtout à droite.

A l'examen, le ventre est dur et on trouve à la

palpation une large tumeur, mieux limitée que celles qu'on observe habituellement dans l'appendicite aiguë.

Le pouls est à 100 ; la température à 38°.

Opération : A l'ouverture du ventre, on trouve un liquide coloré et on extériorise aussitôt une grosse masse noirâtre, siégeant dans la fosse iliaque droite et présentant quelques adhérences légères, récentes. Il s'agit de l'épiploon tordu, présentant six tours de spire et sur le point de se séparer au point de sa torsion.

Ablation ; guérison.

OBSERVATION X

(Cullen. John Hopkins hosp. Bulletin 1905)

Homme de 47 ans, pesant 180 livres.

Le début de la maladie remonte à 6 jours : à la suite d'un traumatisme, le malade a ressenti une douleur gastrique qui a ensuite irradié vers la fosse iliaque droite.

Actuellement, il ne souffre plus. La température est à 101° F ; le pouls est à 100.

Le diagnostic posé est celui d'appendicite aiguë.

Opération : Appendicectomie d'un appendice un peu épaissi et légèrement adhérent. Prolongeant l'incision, on extériorise sans difficulté une masse

légèrement adhérente sous la vésicule biliaire ; celle-ci est normale. Il s'agit de l'épiploon, présentant une torsion de plusieurs tours de spire. Le pédicule contient deux vaisseaux.

Ablation ; guérison.

Examen histologique : vaisseaux thrombosés ; infiltration sanguine dans le tissu adipeux épiploïque.

OBSERVATION XI

(Hale. J. of. the med. assoc. 1917, p. 977)

Homme de 66 ans, ayant présenté il y a trois jours une douleur brusque, constrictive, à localisation ombilicale, avec nausées et vomissements.

De la poudre de Dower a procuré un peu de calme; une purgation saline a produit quelque effet.

A l'examen : ventre ballonné, avec douleur et défense au niveau de la fosse iliaque droite A la palpation, on trouve une masse entre le rein droit et la région appendiculaire.

Le patient est prostré. Sa température est à 102° F. ; son pouls à 85.

Le malade raconte avoir ressenti une douleur abdominale brusque accompagnée de ballonnement du ventre, analogue à celle-ci, il y a 20 ans.

Depuis 5 ans, il a toujours souffert de la fosse iliaque droite.

On pose le diagnostic d'appendicite aiguë et on intervient.

Incision de Mc Burney. Il s'écoule aussitôt un peu de liquide coloré de l'abdomen. L'appendice est normal. On allonge alors l'incision et on aperçoit une masse entassée entre le cæcum et la paroi, donnant à la palpation une sensation particulière de granulation. On pense à une tumeur du rein, mais après un décollement facile, on voit qu'il s'agit d'une partie du grand épiploon, tordue six fois sur un pédicule en sens inverse des aiguilles d'une montre.

Ablation et guérison.

OBSERVATION XII

J. F. Erdmann. — (New-York surgical society — Ann. of Surgery 1921, p. 252)

Enfant de 14 ans, admis à l'Hôpital avec une histoire d'appendicite au début. Il avait présenté en effet des vomissements et une douleur siégeant au pourtour de l'ombilic ; mais, celle-ci se localisant vers le milieu de la partie droite de l'abdomen, on décide d'intervenir.

L'appendice est trouvé libre, mais à l'exploration on aperçoit une masse sombre dans le voisinage de la vésicule biliaire : c'est la moitié droite de l'épiploon, tordue trois fois de droite à gauche sur elle-même et nécrosée.

Ablation et appendicectomie complémentaire d'un appendice enflammé.

OBSERVATION XIII

(Ch. Scudder. — Annals of Surgery 1904, p. 916)

Homme de 25 ans, commerçant, ayant présenté il y a sept jours une douleur généralisée d'abord à tout l'abdomen et qui s'est localisée peu à peu au flanc droit.

A l'examen, on palpe une masse occupant la fosse iliaque et s'étendant vers la ligne médiane. Il existe de la défense musculaire, rendant l'examen assez difficile.

Opération : 8 jours après le début des accidents. Epiploon légèrement adhérent, épaissi et dont les vaisseaux sont thrombosés. Dans l'hypocondre droit existe une masse, du volume d'une grosse orange : c'est la portion tordue de l'épiploon (un tour de spire et demi).

Ablation de tout l'épiploon au ras du transverse.

Ablation de l'appendice en état d'inflammation subaiguë.

OBSERVATION XIV

(Hecker — Rapportée par Baldwin ;
annals of Surgery, 1902, p. 942)

Homme de 47 ans, est opéré au 3e jour pour des symptômes ayant débuté dans la fosse iliaque droite, faisant penser à une appendicite aiguë.

Incision de Mc Burney. Le doigt introduit extériorise une masse ayant le volume d'une grosse figue et étalée de la surface d'une main. Son pédicule très grêle montre huit tours de spire.

L'appendice est normal. Ablation de l'épiploon ; guérison.

OBSERVATION XV

(J. Wiener — Annals of Surgery, 1900, p. 657)

Homme de 79 ans, porteur d'une hernie inguinale droite réductible et peu volumineuse dont il n'a jamais souffert.

Il y a quatre semaines, cet homme a été pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite ; cette crise cède au bout de 48 heures.

Cette douleur est réapparue il y a quatre jours au même point. Le malade a eu des gaz et des selles.

Dans la fosse iliaque on sent une tumeur du volume d'une orange, sensible au palper et mate à la percussion. Le sac de la hernie de ce côté est vide. La température est à 38°5, le pouls à 100.

Le diagnostic posé est celui d'abcès d'origine appendiculaire.

Opération. Anesthésie : Protoxyde d'azote.

Incision verticale de la tumeur. On extériorise aussitôt une masse d'épiploon, large comme une paume de main, infiltrée et de couleur violacée. Sa portion distale est adhérente à un appendice épiploïque du colon ascendant ; la partie proximale est en continuité avec le reste de l'épiploon par un pédicule grêle et tordu 5 ou 6 fois.

Ablation de la masse tordue et on referme sur un fin drainage.

Guérison.

OBSERVATION XVI

(Eitel — New-York Med. Record, 20 mai 1899)

Homme de 44 ans, mineur. Porteur d'une ascite déjà deux fois ponctionnée. Cet homme souffre du ventre en un point fréquemment contusionné par une caisse qu'il porte.

Incision permettant de découvrir un épiploon tordu. Cet épiploon est détordu et étalé devant la masse intestinale.

Le malade guérit ; la torsion devait être incomplète et peu serrée puisque la seule détorsion a guéri le malade.

OBSERVATION XVII

(Otto Simon. Munchener Med. Woch. 1905, p. 1979)

Malade âgé de 26 ans, est opéré avec le diagnostic d'appendicite aiguë. Il présentait en effet depuis dix jours des douleurs du côté droit de l'abdomen et ces phénomènes douloureux s'étaient aggravés depuis deux jours.

A l'opération, il s'écoule 1 litre et demi de liquide hémorragique et on trouve une tumeur formée par l'épiploon tordu contre le colon transverse.

Ablation de cette masse et d'un appendice adhérent.

OBSERVATION XVIII

(Stewart. Journal Am. med. Assoc. 1904, p. 767)

Homme de 35 ans, est amené à l'hôpital pour de violentes douleurs abdominales avec vomissements qui persistent au moment de l'examen. Le côté droit de l'abdomen est contracturé.

Diagnostic : appendicite.

Opération : on trouve une torsion de la partie

inférieure droite de l'épiploon (un tour de spire complet).

OBSERVATION XIX

(Skeel. — Am. Journal of Obstetrics, 1907)

Homme de 21 ans, pris brusquement en pleine santé d'une crise douloureuse aiguë abdominale, diagnostiquée : appendicite.

A l'opération, on trouve un épiploon tordu en une large masse sombre, pédiculée près du colon transverse.

OBSERVATION XX

(Syme. — Inter. Coll. Med. Jour. Australia, 1902)

Femme de 27 ans. Rien à signaler dans les antécédents, sauf une chute récente.

On trouve un épiploon tordu en masse et adhérent à l'intestin.

OBSERVATION XXI

(Schœff et Keller. Soc. Obst. et Gyn. 1923)

Primigeste de 26 ans, est prise au 4e mois de sa grossesse de douleurs abdominales droites, avec vomissements et constipation. Il y a ensuite une accalmie de trois jours, puis reprise des douleurs et des vomissements.

Le diagnostic posé est celui de cholécystite subaiguë ou d'appendicite aiguë.

Opération. — Liquide hémorragique dans le ventre. On extériorise une masse noirâtre, grosse comme deux poings. Sa base est complètement libre et le pédicule montre une torsion de 360°.

Ablation et guérison.

Examen de la pièce : Masse épiploïque présentant un épaississement du tissu dû à des hémorragies plus ou moins récentes. Cette hépatisation hémorragique est surtout prononcée aux parties périphériques des lobes adipeux. Çà et là des cicatrices blanchâtres. Entre ces lobes épaissis on trouve des parties où le tissu adipeux ne paraît pas altéré du tout. Pas de thromboses à voir macroscopiquement.

OBSERVATION XXII

(Bubis ; Surg. gyn. and Obstetrics 1919)

Femme de 26 ans, enceinte de 4 mois environ et qui présente un peu de gêne au niveau de la fosse iliaque droite avec température. En palpant la fosse iliaque, on trouve 4 petits nodules contre l'utérus et toute la région est très sensible.

Les douleurs s'aggravant, on décide l'intervention, avec le diagnostic d'appendicite.

Opération : incision droite. Liquide hémorragique dans le ventre et on extrait facilement une masse épaisse qui descendait derrière l'utérus et qui est légèrement adhérente.

Ablation et appendicectomie complémentaire d'un appendice qui se montre oblitéré à la coupe.

Guérison sans incidents.

— Sur l'utérus on a aperçu les 4 petits nodules fibromateux trouvés à la palpation.

OBSERVATION XXIII

Riedel. Munch. Med. Wochenschrift, 1905)

Femme de 38 ans. Il y a quatre ans, sensation de pesanteur dans les parties basses de l'abdomen au cours d'une grossesse qui s'est terminée par un accouchement prématuré d'un mort-né de 6 mois.

Cette sensation de pesanteur a augmenté depuis et, après un effort, la malade a éprouvé une sensation de malaise général et une douleur dans la partie droite de l'abdomen.

Au toucher vaginal on sent une masse adhérente derrière l'utérus.

Opération : Masse épiploïque tordue, adhérente au mésentère, à l'utérus et à la partie antérieure du petit bassin.

OBSERVATION XXIV

(Hochenegg 1900. Soc. Impériale et Royale de Médecine de Vienne, 23 février 1900, in Wien. Klin. Woch., p. 291)

Homme adulte, porteur d'une hernie congénitale droite et présentant des symptômes d'étranglement frustes qui disparaissent spontanément. Il persiste toutefois une douleur abdominale diffuse.

Dans la fosse iliaque, on sent une tuméfaction.

Opération : Liquide hématique dans l'abdomen. On extériorise facilement une grosse masse épiploïque, violacée, tordue, du volume d'une tête de nouveau-né.

Résection.

OBSERVATION XXV

(Lejars. Société de Chirurgie de Paris, 1900)

Homme de 50 ans, porteur d'une hernie inguinale droite réductible, présentant une symptomatologie pouvant faire penser à une appendicite.

Opération : On trouve un épiploon tordu ; la masse est violacée, noirâtre. Ablation de la totalité du grand épiploon.

Mort au 3e jour de delirium tremens.

OBSERVATION XXVI

(Œllwein. K.K. Gesellschaft der Aertze in Wien, 1901)

Homme de 76 ans, porteur d'une hernie inguinale droite depuis 30 ans. Syndrome abdominal aigu faisant poser le diagnostic d'appendicite aiguë.

A l'intervention, on trouve un épiploon tordu 4 fois sur lui-même et dont l'extrémité inférieure est incluse dans le sac herniaire.

OBSERVATION XXVII

Tuffier (Bulletins et Mém. de la Soc. de Chir. 1901)

Homme de 46 ans, porteur d'une hernie inguinale gauche ; est pris brusquement d'un syndrome abdominal aigu.

Le diagnostic porté est celui d'occlusion.

Opération : laparotomie médiane. Légère ascite. Tumeur épiploïque, gangrénée, tordue deux fois sur elle-même au dessous de l'estomac et attachée en bas par une adhérence au niveau de l'orifice inguinal gauche.

OBSERVATION XXVIII

Malherbe (Archives Provinciales de chirurgie, (avril 1903)

Homme de 28 ans, porteur d'une hernie inguinale droite depuis 6 ans, réductible. Est pris brusquement d'un syndrome abdominal aigu. On pose le diagnostic d'appendicite.

Intervention : Tumeur épiploïque violacée, tordue trois fois sur elle-même.

Résection, guérison.

OBSERVATION XXIX

Noble (American Journ. of Obst., mars 1904)

Femme de 24 ans, présentant un syndrome douloureux abdominal, avec maximum au point de Mac Burney.

Intervention : Masse épiploïque violacée, presque noire, entourée d'adhérences récentes.

Section des adhérences. On remarque alors que la masse épiploïque est fixée à son extrémité inférieure au pavillon de la trompe droite.

OBSERVATION XXX

(Schœnholzer, décembre 1908, in Th. Barboni, Paris, 1911)

Jeune fille de 20 ans, ayant présenté dans ses antécédents des douleurs abdominales sourdes et intermittentes. Ces douleurs depuis 4 jours s'accentuent et à la palpation de la fosse iliaque droite on sent une tumeur, grosse comme le poing, dont les limites, précises sur son côté interne, le sont moins en dehors.

Intervention : Tumeur formée par l'épiploon, tordu 4 fois sur lui-même, de gauche à droite.

Résection et guérison.

OBSERVATION XXXI

Bufalini (Il Policlinica, sez. Chir. 15 juin 1924)

Homme de 38 ans. Syndrome douloureux du bas-ventre diagnostiqué appendicite.

A l'intervention, on trouve une masse épiploïque tordue.

OBSERVATION XXXII

Cucci (Revista ospedaliera, Rome, 30 avril 1925)

Femme de 33 ans, est opérée d'urgence pour une soi-disant appendicite aiguë.

Opération : omento-volvulus avec 5 étranglements.

Résection et guérison.

OBSERVATION XXXIII

Cucci (Revista sopedaliera, Rome, 30 avril 1925)

Homme de 34 ans, ressent au cours d'un effort une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Cet homme est porteur d'une hernie inguinale droite.

A l'examen, pratiqué quelques jours après, on

note un point douloureux au Mac Burney et à la palpation on sent une masse grosse comme le poing.

Intervention: Masse fortement infiltrée, formée par l'épiploon tordu 4 fois sur lui-même. Il présente des phénomènes de dégénérescence.

Résection et guérison.

OBSERVATION XXXIV

Mullen (Surg. Gyn. and Obst., N° 5, mai 1925)

Homme de 34 ans, souffrant de l'abdomen depuis 3 jours. Contracture de la fosse iliaque droite et masse perçue à la palpation de la fosse iliaque droite.

Diagnostic : Appendicite aiguë avec abcès.

Opération : Liquide sanguinolent, noirâtre, dans l'abdomen. Epiploon tordu, formant une masse violacée.

Résection et guérison.

OBSERVATION XXXV

Pollosson et Comte (Lyon Chir. Juillet-août 1925)

Homme de 62 ans, porteur d'une hernie inguinale droite depuis 15 ans, maintenue par un bandage.

Depuis 3 mois, douleurs épigastriques sourdes, avec parfois crises aiguës, mais sans vomissements.

Dans la fosse iliaque droite, on perçoit une masse du volume d'une orange, dont la mobilisation entraîne celle du testicule, lequel est blindé par la vaginale épaissie.

Diagnostic : Torsion épiploïque.

Opération : Masse épiploïque tordue. fixée à l'orifice inguinal interne.

OBSERVATION XXXVI

Schwartz (Zentralblatt fur Chirurgie, janvier 1926)

Femme de 48 ans, opérée 5 semaines auparavant d'une hernie inguinale droite contenant de l'épiploon. Cette femme est prise brusquement de douleurs abdominales aiguës, avec maximum de douleur sous le rebord costal droit.

Diagnostic : Cholécystite aiguë.

Opération : On trouve une tumeur, grosse comme un petit poing, jaune verdâtre, adhérente au foie et à la vésicule biliaire qu'elle coiffe. Il s'agit d'un paquet épiploïque dont le pédicule est tordu 10 fois.

Résection et guérison.

OBSERVATION XXXVII

F.R. Brown (British Medical Journal, 30 janv. 1926)

Homme de 63 ans, présentant un syndrome abdominal aigu unilatéral droit.

Diagnostic : Appendicite.

Opération : Torsion de la partie droite de l'épiploon.

OBSERVATION XXXVIII

Hinton (Arch. et Surgery, octobre 1926)

Femme de 28 ans. Aucun antécédent. Présente depuis 18 heures un syndrome abdominal aigu péri ombilical droit.

Diagnostic : Appendicite aiguë.

Opération : Masse épiploïque gangrénée, tordue 3 fois sur elle-même.

La vésicule contient un gros calcul. Cholécystectomie. Ablation de la masse épiploïque. Guérison.

OBSERVATION XXXIX

Gatelier et Maximin (in Th. Paris, 1929 de J. Rameaux)

Homme âgé de 59 ans, entre à l'hôpital de Vaugirard pour crise douloureuse abdominale avec arrêt absolu des matières et des gaz. Vomissements, tableau d'occlusion intestinale.

Examen : état général mauvais, paroi épaisse qui interdit toute palpation profonde. Hernie inguinale droite dont le sac est actuellement vide.

Opération: Laparotomie sous-ombilicale. Ecoulement de liquide séreux. Torsion du grand épiploon ; il est de couleur rouge, vineux, tordu plusieurs fois sur lui-même, formant une masse volumineuse, fixée par une adhérence fibreuse à l'orifice inguinal interne. Section de l'adhérence, résection de la masse épiploïque.

Mort au 3e jour de collapsus cardiaque.

CONCLUSIONS

1° Parmi les torsions d'organes abdomino-pelviens, le volvulus épiploïque tient une place importante.

Considéré comme exceptionnel, il y a quelques années, il y a lieu de revenir sur cette notion étiologique et de le considérer comme assez fréquent.

2° Au point de vue pathogénique, on doit insister sur le rôle fondamental de l'épiploïte chronique, qu'elle soit ou non d'origine herniaire.

3° Le diagnostic clinique est d'une difficulté extrême. Il n'y a pratiquement pas de symptôme qui appartienne en propre au volvulus épiploïque.

4° Deux grandes formes cliniques sont rencontrées : la forme simulant l'étranglement herniaire, celle simulant l'appendicite aiguë.

5° Le traitement de la torsion épiploïque est simple : c'est la résection de l'épiploon en zone saine. On doit pratiquer cette résection en chaînettes, par petits paquets, éviter les gros pédicules et la coudure colique.

Vu : *Le Doyen*,
G. Roussy.

Vu : *Le Président*,
Lenormand.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. Charléty

BIBLIOGRAPHIE

AIMES. — Chirurgie du Grand Epiploon (1 vol. Maloine, édit., 1926).

BALDWIN. — Contrib. to study of mental torsion (Annals of Surgery, 1902).

BARBONI. — Thèse, Paris 1911.

BLOCK et DARMSTADTER. — The Journal of the amer. med. Assoc. 1920, N° 13.

BROCA. — Kyste hydatique du grand épiploon avec torsion et phénomènes inflammatoires (Revue mensuelle des maladies de l'Enfance, 1903).

BRUNET. — Thèse de Paris, 1900.

BUFALINI. — Il Policlinica, 15 juin 1924.

BLOCH (René). — Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, (tome LIX, N° 25, p. 1121).

BLAKE. — Torsion of the omentum (Annals of Surgery, 1903).

BULMAN. — The Lancet, 19 juillet 1924.

BOOKMANN. — Annals of Surgery, 1915.

CAPETTE. — Un cas de torsion du grand épiploon (Soc. Anat. 1903, p. 539).

CERNEZZI. — La torsion du grand épiploon (Vallardi, Edit., Milan, 1900).

CINAGLIA. — Un cas de torsion intra abdominale de l'épiploon (J. Med. de Milan, 1913).

CALVET J. — Rapport de Bazy in Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir., Paris, tome LIX, N° 25, p. 1121.

COMER et PINCHE. — Ann. Journ. of Méd. Sciences, 1905.

DEMONS. — Revue de Chirurgie, 1893.

DIETZ. — Un cas de torsion intra abdominale de l'épiploon (Anjou Médical, Angers 1912).

FIERE. — Thèse de Lyon, 1922.

FOUSSENG. — Thèse de Montpellier, 1908.

GIRANDEAU. — Thèse de Paris, 1903.

GUCCI. — Revista ospedaliera, 30 avril 1925. Diagnostic de la torsion du grand épiploon.

GUIBAL (de Nancy). — Amputation parcellaire de l'épiploon par torsion. (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 1933, tome LIX, N° 28, p. 1254).

HEDLEY. — Torsions of the omentum (The British Med. Journ. 11 nov. 1911).

HEITZ et BEUDER. — Torsion du grand épiploon (Revue de Gyn. et Chir. abdominale, mai 1901).

HEYRAUD. — Thèse de Lyon, 1912.

KEUDIRJY et SÉJOURNET. — Torsion et étranglement des séro-appendicites épiploïques dans les sacs herniaires (Revue de Chir. 1910).

KOTHE. — Deutsche Med. Woch. 23 avril 1908.

LAPEYRE. — Sur l'omento-volvulus (Archives prov. chir., juin 1907).

LECUIT. — Thèse de Paris, 1932.

LEFÉBURE. — Arch. franco-belges, chir., février 1923.

LEJARS. — Les torsions du grand épiploon (Sem. Méd., 13 février 1907).

LEROY. — Thèse de Lille, 1905.

MARCHETTI (P.). — Recueil observ. rares de Chir. et de Méd. 1858.

MARTINAUD. — Thèse Bordeaux, 1902.

MATTRAITS. — Thèse Paris, 1908.

MAUCLAIRE. — Revue de Gynécologie, 1904. Bull. Méd. 1910.

MULLER (J.). — Surg. Gynéc. and Obstétr., mai 1925.

OBERST. — Zentralblatt fur Chir. N° 77, 8 juillet 1882.

ORITZ CANO. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon (Jour. Med. La Havane, 1922).

PATEL. — Torsion de l'épiploon et appendicite aiguë (Soc. Chir. Lyon, 3 nov. 1921).

PERDRIZET. — La Clinique, 4 août 1911.

POLLOSSON et COMTE. — Torsion abdominale chronique du grand épiploon (Lyon Chir. juillet-août 1925).

POTHERAT. — Torsion intra-abdominale du grand épiploon (Bull. Soc. Chir. de Paris, 1909).

— Kyste de l'ovaire tordu sur son pédicule, torsion simultanée du grand épiploon (Bull. Soc. Chir. Paris, 1908, p. 922).

PRETZEL. — Beitr. zur Klin. Chir. 1906.

PRICE. — Acute torsion of the Great Omentum. 2 case reports (Ohio M.G., Columbus).

PRUTZ et MONNIER. — Deutsch. Chir. 1913.

QUÉNU. — Un cas de torsion du grand épiploon (Bull. Soc. Chir. 1903, p. 250).

RITTER. — Kentucky M. J. Tors. of the G. O.

RÉMY (de Saint-Dizier). — Torsion intra-abdominale du grand

épiploon (rapport de Basset). (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 1933, tome LIX, N° 25, p.1115).

Redon et Mialaret. — Torsion partielle du grand épiploon en péritoine libre (Bull. et Mém. de la Soc. Nat. de Chir. de Paris, 1933, tome LIX, N° 28, p. 1254).

Roche. — Thèse de Paris 1905.

Rudolf. — Torsion des grossen Netzes (Wien. Klin. Rundschau, 1903).

Simon et Stulz. — Arch. franco-belges chir., décembre 1921.

Süythe. — Surgery. Gyn. and Obstetr., octobre 1906.

Swain. — The diagn. of torsion of the G. O. (Bristol Med. Journ., 1919-1920, pp. 202-204).

Tenikloff. — Sur la torsion des pédicules de certains viscères. Epipl. ; test., etc. (Deutsch. Zeitschrift fur Chir., 30 mars 1923).

Trémolières. — Un cas de torsion du grand épiploon (Bull. Soc. Anat. 1903, p. 693).

Uffreduzzi. — La torsion du grand épiploon (Vallardi, édit., Milan, 1900).

Vignard et Giraudeau. — Archiv. prov. de Chir., 1901.

Wolff. — Beitr. z. Klin. Chir. Tubingue, pp. 198-206 (Beitr. zur pathogenese der betz torsion).